

# Les soins palliatifs

## *Profil de pratique des médecins de la région de Québec*

Michèle Aubin, MD, MSC, CCMF, FCMF Lucie Vézina, MA Pierre Allard, MD, PHD, FRCPC  
Rénald Bergeron, MD, CCMF, FCMF Alain-Philippe Lemieux, MD

### RÉSUMÉ

**OBJECTIF** Documenter le profil de pratique en soins palliatifs des médecins et identifier les facteurs qui influencent la dispensation de ces soins.

**DEVIS** Enquête postale.

**MILIEU** La région de Québec.

**PARTICIPANTS** Omnipraticiens ayant une pratique clinique active.

**PRINCIPALES MESURES DES RÉSULTATS** Les caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins et leur pratique en soins palliatifs (volume de travail, provenance des demandes de suivi, lieux de dispensation, ressources utilisées, difficultés rencontrées).

**RÉSULTATS** Des 476 médecins (67%) ayant répondu au questionnaire, 295 (62%) font des soins palliatifs. Parmi ceux-ci, 70% voient deux patients ou moins nécessitant des soins palliatifs par mois et 55% y accordent 2 heures ou moins par semaine. La majorité (76%) dispensent ce type de soins dans plusieurs milieux de pratique (bureau privé, domicile, établissement de santé). Les équipes de maintien à domicile des CLSC constituent la ressource le plus fréquemment utilisée par les médecins (69%). Les principales difficultés rencontrées dans ce suivi sont le manque de connaissances cliniques, l'organisation de la pratique pour les suivis à domicile et le support émotionnel à fournir au patient et à sa famille.

**CONCLUSION** La pratique médicale en soins palliatifs est occasionnelle pour la majorité des médecins de la région. Cette implication pourrait être améliorée en corrigeant les barrières organisationnelles et professionnelles identifiées.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE** To describe the palliative care provided by physicians in the Quebec city region and to identify factors that affect its delivery.

**DESIGN** Mailed survey.

**SETTING** Quebec city region.

**PARTICIPANTS** General practitioners in active clinical practice.

**MAIN OUTCOME MEASURES** Physicians' personal and professional characteristics and their palliative care practice (volume of work, source of requests for follow-up care, place of delivery of care, resources used, difficulties encountered).

**RESULTS** Of the 476 physicians (67%) who responded to our survey, 295 (62%) provided palliative care. Of these, 70% saw no more than two patients requiring palliative care per month, and 55% devoted no more than 2 hours per week to this aspect of patient care. Most (76%) provided palliative care in a variety of settings (private office, home, institution). Home care teams working out of local community health centres are the resource physicians drew upon most frequently (69%). The main difficulties encountered were a lack of clinical expertise, scheduling home care, and providing patients and families with emotional support.

**CONCLUSION** Most physicians in the Quebec city region provided palliative care occasionally. This care could be improved by removing various logistical and professional barriers.

*This article has been peer reviewed.*

*Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.*

*Can Fam Physician 2001;47:1999-2005.*

## RESEARCH

### ..... Les soins palliatifs

**R**econnu comme une priorité par l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup>, les soins palliatifs sont appelés à se développer pour répondre aux besoins de patients nécessitant des soins de fin de vie. Ce sont surtout les médecins de famille qui sont impliqués dans le suivi des patients nécessitant ce type de soins<sup>2-5</sup>. Ceux-ci sont généralement plus âgés<sup>2,6</sup>, plus expérimentés<sup>2</sup>, et ils ont plus souvent reçu une formation en soins palliatifs<sup>6-10</sup>. Parmi les déterminants favorables à cette pratique, la littérature identifie le travail en équipe<sup>3,11,12</sup>, la participation à un système de garde<sup>4,13-15</sup>, et l'implication dans le suivi d'un patient cancéreux aux premières phases de la maladie<sup>2,5,11,16</sup>. Parallèlement, les difficultés de communication avec les médecins spécialistes<sup>12,15,17,18</sup>, le bris de continuité du suivi du patient lors de certaines phases de la maladie<sup>15</sup> et la difficulté à fournir du support émotionnel au patient et à sa famille<sup>8,19</sup> représentent des barrières à l'adoption de cette pratique.

Dans la région de Québec, plusieurs hôpitaux dispensent des soins palliatifs soit dans le cadre d'unités de soins palliatifs ou encore par l'intermédiaire des services de consultations d'équipes interdisciplinaires en soins palliatifs. La région bénéficie également des services de la Maison Michel Sarrazin, un centre spécialisé de soins palliatifs terminaux. Des services de consultation à domicile sont aussi en place grâce aux programmes dispensés dans la communauté par les équipes de maintien à domicile des centres locaux de services communautaires (CLSC). Enfin, les services gériatriques de certains établissements assurent ce type de soins à leurs patients. Au cours des dernières années, différents rapports ont fait état de la situation des soins palliatifs au Canada et au Québec<sup>20-24</sup>. Toutefois, peu d'études ont porté spécifiquement sur les caractéristiques et les déterminants de la pratique médicale en soins palliatifs. Une étude récente<sup>25</sup> a montré que plus de 50% des médecins de la région de Québec effectuent des visites à domicile. De ce nombre toutefois, à peine 10% avaient visité des patients pour des soins palliatifs au cours de leur dernière semaine de travail. La présente étude vise donc à préciser le profil de pratique en soins palliatifs des omnipraticiens de la région de Québec et à identifier les facteurs qui l'influencent.

.....  
**D<sup>rs</sup> Aubin et Bergeron et M<sup>me</sup> Vezina pratiquent à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval au Québec, QC. D<sup>r</sup> Allard pratique à l'Institut de soins palliatifs à l'Université d'Ottawa en Ontario. D<sup>r</sup> Lemieux pratique au Centre de Santé publique de Québec au Québec.**

## MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée à l'automne 1998, auprès des 710 médecins omnipraticiens actifs de la région de Québec principalement caractérisée par la prédominance de zones urbaines et semi-urbaines. Dans cette étude, la pratique médicale en soins palliatifs a été définie comme «l'application de soins et de traitements axés sur le confort, le soutien et la qualité de vie des patients atteints de maladie grave comme le cancer, le sida ou toute autre maladie dont la guérison n'est plus possible et qui est susceptible d'entraîner le décès dans les 12 mois suivants. Ce type de pratique inclut la dispensation de soins au bureau, à domicile et en établissement».

Un questionnaire auto-administré a été envoyé par la poste aux médecins. Il était accompagné d'une lettre d'appui signée conjointement par le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et celui de l'Association régionale des médecins omnipraticiens. Le questionnaire a été prétesté auprès d'un échantillon de 34 omnipraticiens pratiquant dans une autre région sociosanitaire en cabinet privé, unités de médecine familiale ou CLSC. Les qualités métrologiques de l'instrument ont présenté une bonne consistance interne, les  $\alpha$  de Cronbach étant supérieurs à .70. Les analyses test-retest ont indiqué une stabilité variant de 70% à 100%. Deux rappels postaux ont été effectués auprès des non-répondants 3 et 6 semaines après l'envoi initial. Le questionnaire a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques personnelles, professionnelles et organisationnelles des omnipraticiens de même que sur leur pratique en soins palliatifs (volume de travail, provenance des demandes de suivi, lieux de dispensation, ressources utilisées). Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées et la signification statistique des relations observées lors des croisements de variables a été vérifiée à partir du test-t de Student et du  $\chi^2$ . Le seuil de signification statistique a été établi à 0,05. Les analyses ont été effectuées à l'aide du progiciel SAS. Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval.

## RÉSULTATS

Des 710 omnipraticiens éligibles, 476 (67%) ont complété le questionnaire. Parmi ces répondants, 295 (62%) font des soins palliatifs depuis en moyenne 12,1 ans. Comparativement à leurs collègues inactifs en soins palliatifs, les médecins actifs sont plus âgés (43,8 vs 41,8 ans) et ont un peu plus d'expérience clinique (17,5

vs 15,4 années) (**tableau 1**). Ce sont principalement des hommes, pratiquant en cabinet privé et recevant un mode de rémunération mixte (à l'acte et à vacations). Ces médecins travaillent en moyenne plus d'heures et voient plus de patients par semaine que leurs collègues

inactifs. Même si la majorité des médecins n'ont pas de formation spécifique en soins palliatifs, ceux actifs dans ce type de suivi sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu une certaine formation dans ce domaine (stages, congrès, etc.) que leurs collègues

**Tableau 1. Caractéristiques personnelles et professionnelles des omnipraticiens selon l'existence d'une pratique en soins palliatifs**

CARACTÉRISTIQUES	PRATIQUE EN SOINS PALLIATIFS			
	OUI		NON	
	N = 295	(%)	N = 181	(%)
Sexe				
• féminin	102	(34,6)	86	(47,5)*
• masculin	193	(65,4)	95	(52,5)
Principal lieu de pratique				
• cabinet privé	181	(61,4)	84	(46,4) <sup>†</sup>
• UMF-CLSC	66	(22,4)	31	(17,1)
• hôpital	41	(13,9)	50	(27,6)
• autre	7	(2,1)	16	(8,8)
Système de garde <sup>‡</sup>				
• aucun	74	(25,1)	78	(43,5) <sup>†</sup>
• heures bureau	74	(25,1)	42	(23,5)
• 24 heures/7 jours	114	(38,8)	37	(20,7)
• autres	32	(12,0)	22	(12,3)
Rémunération				
• acte	109	(37,0)	78	(43,1)*
• salaire-vacations	47	(15,9)	36	(19,9)
• mixte <sup>§</sup>	139	(47,1)	67	(37,0)
Formation en soins palliatifs				
• oui	86	(29,1)	17	(9,4) <sup>†</sup>
• non	209	(70,9)	164	(90,6)
Collègues en soins palliatifs				
• oui	241	(81,7)	68	(37,6) <sup>†</sup>
• non	23	(7,8)	87	(48,1)
• ne sait pas	13	(4,4)	16	(8,8)
• ne s'applique pas (pratique solo)	18	(6,1)	10	(5,5)
	<b>MOYENNE</b>	<b>(ÉCART-TYPE)</b>	<b>MOYENNE</b>	<b>(ÉCART-TYPE)</b>
Âge	43,8	(± 7,7)	41,8	(± 7,8)*
No d'années de pratique	17,5	(± 8,3)	15,4	(± 8,7) <sup>  </sup>
No d'heures cliniques/semaine	40,8	(± 11,3)	35,7	(± 11,6) <sup>†</sup>
No de contact-patients/semaine	105,5	(± 47,5)	88,1	(± 46,9) <sup>†</sup>

\* $p < 0,01$ .

<sup>†</sup> $p < 0,0001$ .

<sup>‡</sup>Trois médecins n'ont pas répondu à cette question.

<sup>§</sup>Mixte-acte et vacations.

<sup>||</sup> $p < 0,001$ .

## RESEARCH

### Les soins palliatifs

inactifs. De même, ils sont plus nombreux à participer à un système de garde 24/7 pour leur clientèle et à côtoyer des collègues de travail impliqués en soins palliatifs (**tableau 1**). Enfin, ces médecins ont tendance à s'impliquer plus souvent que leurs collègues inactifs dans les différentes phases de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie pouvant entraîner le décès (**tableau 2**). Parmi les médecins inactifs en soins palliatifs (n = 181), 46% ont indiqué n'avoir aucun intérêt pour ce type de pratique.

Chez les médecins actifs en soins palliatifs, environ trois répondants sur quatre (76,4%) dispensent ces soins dans plusieurs milieux de pratique (**tableau 3**). Près des trois quarts d'entre eux (70,4%) ont un faible volume de suivi en soins palliatifs ( $\leq 2$  patients/mois).

Un peu plus de la moitié (55,3%) accordent 2 heures ou moins par semaine au suivi de cette clientèle (**tableau 3**). La majorité des médecins actifs en soins palliatifs assument le rôle de médecin traitant (91,4%) auprès de patients qui proviennent le plus souvent de leur clientèle (68,3%). Parmi les ressources disponibles dans le réseau de la santé, les services des équipes de maintien à domicile des CLSC sont utilisés fréquemment par 69% des médecins actifs en soins palliatifs alors que 65% n'utilisent qu'occasionnellement le service de consultation téléphonique offert par le centre suprarégional de soins palliatifs.

Les difficultés associées à la pratique en soins palliatifs sont inhérentes au manque de connaissances cliniques (39,3%), à l'organisation de la pratique dans

**Tableau 2. Implication de l'omnipraticien dans la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie pouvant entraîner le décès**

IMPLICATION	PRATIQUE EN SOINS PALLIATIFS			
	OUI		NON	
	N*	(%)	N*	(%)
Investigation				
• jamais	0	(0,0)	14	(8,2) <sup>†</sup>
• à l'occasion	33	(11,3)	62	(36,5)
• souvent	259	(88,7)	94	(55,3)
Annonce du diagnostic				
• jamais	0	(0,0)	21	(12,4) <sup>†</sup>
• à l'occasion	49	(16,8)	59	(34,9)
• souvent	243	(83,2)	89	(52,7)
Maintien du lien/phase de traitement				
• jamais	3	(1,0)	38	(22,8) <sup>†</sup>
• à l'occasion	55	(18,8)	67	(40,1)
• souvent	234	(80,2)	62	(37,1)
Contacts avec le spécialiste				
• jamais	7	(2,4)	40	(23,9) <sup>†</sup>
• à l'occasion	143	(49,0)	93	(55,7)
• souvent	142	(48,6)	34	(20,4)
Annonce de l'échec des traitements				
• jamais	24	(8,2)	83	(50,0) <sup>†</sup>
• à l'occasion	139	(47,8)	64	(38,6)
• souvent	128	(44,0)	19	(11,4)
Contrôle de la douleur et des symptômes				
• jamais	2	(0,7)	33	(19,5) <sup>†</sup>
• à l'occasion	54	(18,5)	85	(50,3)
• souvent	236	(80,8)	51	(30,2)

\* Certains médecins n'ont pas répondu à ces questions.

<sup>†</sup>p < 0,0001.

**Tableau 3. Dispensation des soins palliatifs**

CARACTÉRISTIQUES	RÉPONDANTS	
	N	(%)
Lieu: un seul milieu de pratique	N = 284*	
• Bureau du médecin	16	(5,7)
• Domicile	20	(7,0)
• Établissement	31	(10,9)
Plusieurs milieux de pratique	N = 284*	
• Bureau du médecin et domicile	102	(35,9)
• Bureau du médecin et établissement	19	(6,7)
• Établissement et domicile	19	(6,7)
• Bureau du médecin, domicile et établissement	77	(27,1)
No de patients suivis/mois: faible volume <sup>†</sup>	N = 274 <sup>†</sup>	
• < 1	123	(44,9)
• 1-2	70	(25,5)
No de patients suivis/mois: volume élevé		
• 3-5	58	(21,2)
• ≥ 6	23	(8,4)
Nombre d'heures allouées/semaine	N = 295	
• ≤ 2	163	(55,3)
• 3-5	50	(17,0)
• ≥ 6	18	(6,0)
• temps variable	64	(21,7)

\*Onze médecins n'ont pas répondu à cette question.

<sup>†</sup>Le niveau du volume de patients a été établi à partir de la distribution du nombre de patients suivis par mois par les médecins.

<sup>‡</sup>Vingt-et-un médecins actifs en soins palliatifs n'ont pas répondu à la question sur le volume de travail.

le contexte d'un suivi à domicile (35,1%) (gestion des horaires de travail, système de garde, mode de rémunération, etc.) et à la nécessité de fournir un support émotionnel au patient et à sa famille (24,2%). La majorité des médecins actifs en soins palliatifs (86,1%) ont présenté un intérêt à recevoir une formation spécifique, en particulier pour le contrôle des symptômes (74,4%), de la douleur (53,2%) et le

support psychologique du patient et de sa famille (53,5%).

L'ensemble des répondants (96,8%) sont d'avis que le cours de médecine devrait inclure une formation théorique de base en soins palliatifs complétée par un stage pendant la formation clinique des résidents (92,8%). Les médecins actifs sont plus nombreux que leurs collègues inactifs à considérer que tout omnipraticien devrait pouvoir dispenser des soins palliatifs de base (92,2% vs 81,1%) ( $p < 0,0001$ ) et effectuer le suivi à domicile d'un patient (93,2% vs 63,4%) ( $p < 0,0001$ ). Enfin, les médecins inactifs en soins palliatifs sont plus nombreux à répondre que ce type de pratique devrait être dispensé par des médecins spécifiquement formés à cette fin (71,5% vs 33,2%) ( $p < 0,0001$ ).

## DISCUSSION

Cette enquête apporte des précisions importantes sur la pratique en soins palliatifs des médecins de famille de Québec et sur les difficultés rencontrées. Peu d'études canadiennes ont décrit de façon détaillée ce type de pratique. Cette étude vient donc combler un manque d'informations et ce, même si elle se limite à la région de Québec. Bien que ces médecins ne soient pas nécessairement représentatifs de ceux de l'ensemble du pays, les quelques études recensées ailleurs au Canada ou à l'étranger rapportent des données similaires<sup>4,6,8-10,13-16,19-20</sup>, accroissant ainsi la possibilité de généraliser les résultats obtenus.

Bien qu'un bon nombre de médecins de famille de la région de Québec soient actifs en soins palliatifs, ils n'y consacrent, comme ailleurs au Canada<sup>12,15,16</sup>, qu'une faible partie de leur temps clinique. Les visites à domicile répétées lors de la phase terminale, l'absence pour plusieurs d'un système de garde 24/7 organisé et la tâche clinique déjà lourde des médecins rendent difficile le suivi concomitant de plusieurs patients en soins palliatifs. Ces obstacles sont similaires à ceux observés dans plusieurs pays<sup>4,6,8-10,13-16,19-20</sup>. La dispensation des soins palliatifs étant reconnue comme une priorité au Québec et au Canada<sup>21-24</sup>, il importe de corriger les déficiences organisationnelles afin de favoriser le développement de cette pratique. De même, l'intégration des notions de base en soins palliatifs au curriculum de médecine et le développement de programmes de formation dans ce domaine s'avèrent nécessaires, de l'avis des médecins interrogés. Ces interventions semblent d'autant plus urgentes qu'avec le désir de la population vieillissante de demeurer le plus longtemps possible à domicile, un accroissement des besoins

## RESEARCH

### ..... Les soins palliatifs

en soins palliatifs est à prévoir. Toutefois, malgré l'implantation de ces interventions, l'attitude des médecins face aux soins palliatifs demeurera une variable déterminante de leur implication puisque près de la moitié des médecins inactifs en soins palliatifs ont déclaré n'avoir aucun intérêt pour cette pratique.

Le service de consultation téléphonique de la Maison Michel Sarrazin, centre suprarégional de soins palliatifs, peut servir de support aux médecins qui éprouvent des difficultés dans la gestion des symptômes de leurs patients. Il est surprenant de constater que cette ressource ne soit pas utilisée plus fréquemment par les médecins de la région compte tenu du manque de connaissances identifié par plusieurs d'entre eux. Comme la majorité ne suit que très peu de patients en soins palliatifs, leur besoin de référer au service de consultation téléphonique peut être tributaire de ce faible volume de pratique. La possible méconnaissance de ce service par certains médecins pourrait aussi constituer une explication à son utilisation occasionnelle. Enfin, les habiletés développées par les médecins ayant un volume élevé de patients en soins palliatifs rendent peut-être moins nécessaire la référence à ce service.

La présence de certains biais a pu jouer sur la précision des données. D'une part, un biais de rappel pourrait avoir influencé les données concernant le volume de pratique des médecins. En effet, il peut être difficile, dans le contexte de suivis occasionnels en phase palliative, d'estimer avec exactitude le nombre moyen d'heures et de contacts alloués par semaine auprès de cette clientèle. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale pourrait expliquer le pourcentage élevé d'intérêt pour recevoir une formation en soins palliatifs. Toutefois, le manque de connaissances face au contrôle de la douleur et des autres symptômes a été identifié comme une des principales difficultés rencontrées par ces médecins. De plus, près des trois quarts des médecins actifs en soins palliatifs ont déclaré ne pas avoir reçu de formation spécifique dans ce domaine, ce qui les rend plus susceptibles de désirer en recevoir. La forte proportion des médecins actifs en soins palliatifs parmi les répondants peut être surestimée par rapport à la réalité, en raison de leur intérêt face au sujet de l'étude les incitant ainsi à répondre en plus grand nombre au questionnaire, comparativement aux médecins inactifs. Toutefois, l'objectif de l'étude étant principalement de décrire la pratique médicale en soins palliatifs, il s'avérerait important de recueillir des données auprès du plus grand nombre d'entre eux.

### Points de repère du rédacteur

- Selon cette enquête postale menée auprès de 710 médecins de la région de Québec et à laquelle 476 médecins ont répondu, 62% d'entre eux font des soins palliatifs.
- La plupart des médecins suivent un faible nombre de patients en soins palliatifs qui proviennent habituellement de leur propre clientèle.
- Les principales difficultés associées à cette pratique sont un manque de connaissances cliniques, des problèmes organisationnels et le soutien émotionnel que le médecin doit fournir aux patients et à leur famille.

### Editor's key points

- According to this mailed survey of 710 physicians practising in the Quebec city region (476 physicians responded), 62% provide palliative care.
- The majority treat a few palliative care patients, most of whom come from their regular practice.
- The main difficulties associated with providing palliative care are insufficient clinical expertise, organizational problems, and the emotional support that physicians must provide to patients and families.

## CONCLUSION

L'implication des médecins de famille est essentielle pour faire face à la demande croissante de soins palliatifs de qualité. Les obstacles à ce type de pratique relevés dans cette étude s'avèrent similaires à ceux déjà cernés dans d'autres pays. Il devient donc prioritaire de corriger les barrières professionnelles et organisationnelles identifiées, par la mise en place et l'évaluation de nouveaux modèles de dispensation de soins palliatifs. ❁

### Remerciements

*Cette étude a été réalisée grâce à une subvention du Fonds de la Recherche en santé du Québec (FRSQ).*

### Contributions des auteurs

*Tous les auteurs ont participé à la formulation des objectifs, du devis de recherche ainsi qu'à l'élaboration du questionnaire. D<sup>re</sup> Aubin a supervisé le déroulement de l'étude et elle a participé à l'interprétation des données et la rédaction du manuscrit. M<sup>me</sup> Vézina a effectué la revue de la littérature, procédé à la collecte et à l'analyse des données et participé à l'interprétation des résultats et à la rédaction du manuscrit. Les D<sup>rs</sup> Allard, Bergeron et*

**Lemieux ont participé à l'interprétation des résultats et à la révision du manuscrit.**

**Correspondance à:** D<sup>re</sup> Michèle Aubin, Unité de médecine familiale, Hôpital Laval, 2725, chemin Sainte-Foy, Sainte-Foy, QC G1V 4G5; téléphone (418) 656-4795; télécopieur (418) 656-4503

### Références

1. Higginson I. Palliative care: a review of past changes and future trends. *J Public Health Med* 1993;15:3-8.
2. Gilbert RG, Willan AR, Richardson S, Sellick S. Survey of family physicians: what is their role in cancer patient care? *Can J Oncol* 1994;4(3):285-90.
3. McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ, Gay K, Shearer R. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1990;36:2183-6.
4. Boyd KJ. Palliative care in the community: views of general practitioners and district nurses in East London. *J Palliat Care* 1993;9(2):33-8.
5. Ogle KS, Plumb JD. The role of the primary care physician in the care of the terminally ill. *Clin Geriatr Med* 1996;12(2):267-78.
6. Wakefield MA, Beilby J, Ashby M. General practitioners and palliative care. *Palliat Med* 1993;7:117-26.
7. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. *Palliative cancer care. A policy statement based on the recommendations of a WHO consultation.* Leeds, Engl: World Health Organization; 1987.
8. Haines A, Booroff A. Terminal care at home: perspective from general practice. *BMJ* 1986;292:1051-3.
9. Lloyd-Williams M, Lloyd-Williams F. Palliative care teaching and today's general practitioners. Is it adequate? *Eur J Cancer Care* 1996;5(4):242-5.
10. Brown JB, Sangster M, Swift J. Factors influencing palliative care. Qualitative study of family physicians' practices. *Can Fam Physician* 1998;44:1028-34.
11. Sangster JF, Gerace TM, Hoddinott SN. Family physicians' perspective of patient care at the London Regional Cancer Clinic. *Can Fam Physician* 1987;33:71-4.
12. Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. *Can Fam Physician* 1993;39:49-57.
13. Roe DJ. Palliative care 2000—home care. *J Palliat Care* 1992;8:28-32.
14. Copperman H. Domiciliary hospice care: a survey of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:411-3.
15. McWhinney IR, Stewart MA. Home care of dying patients. Family physicians' experience with a palliative care support team. *Can Fam Physician* 1994;40:240-6.
16. Dworkind M, Shvartzman P, Adler PSJ, Franco ED. Urban family physicians and the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1994;40:47-50.
17. Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Can Fam Physician* 1996;42:899-910.
18. Robinson L, Stacy R. Palliative care in the community: setting practice guidelines for primary care teams. *Br J Gen Pract* 1994;44:461-4.
19. Hunt RW, Radford AJ, Maddocks I, Dunsmore E, Badcock KA. The community care of terminally ill patients. *Aust Fam Physician* 1990;19:1835-41.
20. Lambert P, Lecomte M. *Le citoyen: une personne du début à la fin de sa vie.* Québec, Qué: Association québécoise des soins palliatifs; 2000.
21. Comité consultatif sur le cancer. *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer.* Québec, Qué: Gouvernement du Québec; 1995.
22. Comité consultatif sur le cancer, Programme québécois de lutte contre le cancer. *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe.* Québec, Qué: Gouvernement du Québec; 1997.
23. Sénat canadien. *De la vie à la mort.* Ottawa, Ont: Gouvernement du Canada; 1995.
24. Rapport du sous-comité de mise à jour de «De la vie et de la mort» Comité des affaires sociales. *Des soins de fin de vie de qualité: chaque canadien et canadienne y a droit.* Ottawa, Ont: Gouvernement du Canada; 2000.
25. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why: a survey. *Can Med Assoc J* 1999;161(4):369-73.